

Sozialdemokratischer Pressedienst

Chefredakteur:
Helmut G. Schmidt
Verantwortlich: Rudolf Schwinn

Telefon: (0228) 9 15 20-0
Telefax: 886 846 ppbn d
Telefax: 9 15 20-12

Inhalt

Rudolf Dressler MdB befürchtet nach den Landtagswahlen von Schleswig-Holstein und Baden-Württemberg eine Schweiß- und Tränen-Operation durch Regierung und Koalition.

Seite 1

Hermann Hack MdB spricht sich für eine grundlegende Reform des Gesundheitswesens aus: Es geht um die Gesundheit der Bürger, nicht um die Befriedigung der Bürokratie.

Seite 2

47. Jahrgang / 64

1. April 1992

Vor einer Schweiß- und Tränen-Operation
Erst nach den Landtagswahlen vom 5. April läßt die Bundesregierung die Kosen runter

Von Rudolf Dreßler MdB
Bundevorsitzender der Arbeitsgemeinschaft für
Arbeitnehmerfragen in der SPD (AIA)
Mitglied des SPD-Präsidium

Noch so schneidige Dementis von Regierungssprechern können eine Tatsache nicht aus der Welt schaffen: Der FDP-Vorsitzende, Graf Lambsdorff, hat im "Handelsblatt" in voller Kenntnis der regierungsamtlichen Sprachregelungen das Thema Haushaltssicherungsgesetz be-
wußt zur Sprache gebracht - und zwar in dreifacher Hinsicht:

- Er hat faktisch ein Haushaltssicherungsgesetz in der laufenden Legislaturperiode für den Fall angekündigt, daß eine umfassende Sparoperation zur Einschränkung der Defizitwirtschaft der öffentlichen Hände nicht gelingt;
- Er hat davor gewarnt, ein Haushaltssicherungsgesetz einfach auszuschließen;
- und er hat in diesem Zusammenhang ein Haushaltssicherungsgesetz mit dem Hinweis herabzustufen versucht, daß in der Vergangenheit bereits mehrfach zu diesem Mittel gegriffen worden sei, so als sei ein solches Gesetz parlamentarischer Alltag.

Dies dient der Einstimmung der Bevölkerung auf eine "Schweiß und Tränen"-Operation durch Regierung und Koalition, deren Ankündigung bis nach den Wahlen in Schleswig-Holstein und Baden-Württemberg hinausgezögert wird. Diese Operation wird dann mit einem dramatischen, emotional herausgehobenen Appell an eine patriotische Pflicht zur Rettung der Aufbauchancen im deutschen Osten verknüpft werden.

Ein solcher Appell wird die Grundlage abgeben, um,

- die Tarifkontrahenten in den Jahren 1992 bis 1995 zu disziplinieren,
- Bereitschaft zu wecken, einschneidende Kürzungen in mittelbar mit dem Haushalt zusammenhängende soziale Leistungen mitzutragen.

Verlag, Redaktion und Druck:
Sozialdemokratischer Pressedienst GmbH
Heussallee 2-10, Pressehaus I/217
5300 Bonn 1, Postfach 12 04 08

Erscheint täglich von Montag bis Freitag.
Bezug nur im Abonnement. Preis DM 82,50
mtl. zuzügl. Mwst und Versand.

Produktion: Erzeugt
mit wertvollen Recycling-
Papier



- eine Einschränkung infrastruktureller, bürgernaher Angebote im Westen, vor allem auf der Ebene der Kommunen, vorbereiten zu helfen,
- vergessen zu machen, daß die haushaltspolitische Lage Ergebnis einer verfehlten Politik der Bundesregierung ist, und um
- jene in die Ecke der nationalen Unzuverlässigkeit zu stellen, die sich einer solchen Operation verweigern.

Daß die Haushalte des Bundes in einer dramatischen Lage sind, ist unbestreitbar. Das Bundesfinanzministerium lanciert mittlerweile selber Einschätzungen, aus denen sich errechnen läßt, daß die Neuverschuldung der öffentlichen Haushalte einschließlich der wichtigsten Schattenhaushalte bereits 1992 über der Marke von sechs Prozent des Bruttosozialprodukts liegt. In regierungsoffiziellen Verlautbarungen zu Beginn des Jahres war noch von drei Prozent die Rede. Gesamtverschuldung und Neuverschuldung haben übrigens einen Stand erreicht, der objektiv dem zuwiderläuft, was der "Wissenschaftliche Beirat" des Bundesfinanzministeriums in einem Gutachten 1994 für akzeptabel hielt.

Es ist unverzichtbar, daß die Bundesregierung umfassend und detailliert über den Stand wie die Entwicklung der Bundeshaushalte einschließlich aller Schattenhaushalte informiert. Sie hat auch offenzulegen, inwieweit die heutige Verschuldung die haushaltspolitischen Spielräume in den neunziger Jahren einengt. Erst dann kann eine Opposition darüber entscheiden, welchen künftigen Kurs sie gegenüber der Politik der Regierung einschlägt.

Die Unternehmenschaft ist schließlich aufgefordert, der Bundesregierung in aller Dringlichkeit mögliche verhängnisvolle Auswirkungen der heutigen Haushalts- und Finanzpolitik auf die private Investitionstätigkeit wie auf die private Nachfrage klarzumachen. Die Unternehmenschaft scheint angesichts der Lage von Koalition und Regierung in diesem Zusammenhang eine einzigartige Chance zu haben.

(/1. April 1992/rs/fr)

Das Gesundheitswesen muß von Grund auf reformiert werden
Die Gesundheit der Bürger, nicht die Bürokratie muß befriedigt werden

Von Hermann Hack MdB

Die Bundesregierung hat mit dem "Gesundheitsreformgesetz" keine Reform des Gesundheitswesens eingeleitet. Das Gegenteil hat sie erreicht. Trotz Selbstbeteiligung als Abkassierung sind die Einnahmen und Ausgaben der Gesetzlichen Krankenversicherung heute aus den Fugen.

Nachdem die Krankenkassen allorts Beitragssatzerhöhungen ankündigen, ist die Diskussion um eine wirkliche Reform des Gesundheitswesens wieder aufgeflammt - und dies zu Recht, wie ich meine. Denn das Gesundheitsreformgesetz hat die Systemfehler in unserem Gesundheitswesen nicht behoben. Ich möchte einige Punkte nennen:

- das strukturelle Übergewicht der Leistungsanbieter im ambulanten Bereich
- die zu hohe Zahl an Krankenhausbetten im stationären Bereich

- ein Arzneimittelmarkt, der das Kriterium "therapeutisch und wirtschaftlich sinnvoll" zu wenig berücksichtigt
- eine Organisationsstruktur der Gesetzlichen Krankenversicherung, die wettbewerbsverzerrend und damit kostentreibend ist

Anstatt die Strukturverwerfungen in der Gesetzlichen Krankenversicherung zu beheben, singt die Bundesregierung das hohe Lied der Selbstbeteiligung mit dem Argument, die steigenden Ausgaben der Gesetzlichen Krankenversicherung würden die Lohnnebenkosten ins Unermeßliche steigern und damit den Industriestandort Bundesrepublik gefährden.

Wenn heute die Rede ist von einem Defizit der Gesetzlichen Krankenversicherung in Höhe von acht bis zehn Milliarden Mark, sollten wir uns davor hüten, alles auf eine Finanzdiskussion zu reduzieren, denn Strukturreform ist angesagt.

CDU/CSU und FDP treten zur Zeit in einen Wettbewerb, wie durch Leistungsausgrenzungen und Selbstbeteiligung die Kosten in der Gesetzlichen Krankenversicherung gesenkt werden können. Allein durch die im Gesundheitsreformgesetz festgeschriebene Selbstbeteiligung werden die Versicherten jährlich in einer Größenordnung von sieben bis acht Milliarden Mark belastet. Leistungsausgrenzung und Selbstbeteiligung sind jedoch unzureichende Reparaturmaßnahmen, die an der realen Situation vorbeigehen. Selbstbeteiligung als Mittel der Kostendämpfung ist immer zum Scheitern verurteilt. Die SPD selbst hat diese Erfahrungen machen müssen, nämlich 1976 und 1982.

SPD und Selbstbeteiligung:

Alle Leistungen, die therapeutisch sinnvoll sind, dem Stand wissenschaftlicher Erkenntnis entsprechen, sind zu 100 Prozent Leistungen der Gesetzlichen Krankenversicherung. Das, was darüber oder darunter liegt, soll der Patient selbst bezahlen. Die 100prozentige Leistung deswegen, weil der Gesetzliche Krankenversicherungsbeitrag bereits Selbstbeteiligung ist.

Jeder Versuch, Struktur und Selbstbeteiligung zu entkoppeln, löst inflationäre Schübe in der Gesetzlichen Krankenversicherung aus. Ein gutes Beispiel dafür ist der Arzneimittelmarkt! Hier leistet die Regierung nicht die Umsetzung des Instrumentariums des Gesundheitsreformgesetzes, als Ausweg verfällt sie auf mehr Selbstbeteiligung! Anstatt Strukturreform auf dem Arzneimittelmarkt mehr Inflationsgeld durch Selbstbeteiligung.

Vorschläge der SPD zur Gesundheitsreform

Die SPD vertritt die Auffassung, daß die Verantwortung für unser Gesundheitswesen in die Hände der Betroffenen zurückgelegt und somit verantwortet werden muß - zu den Betroffenen zähle ich sowohl die Leistungsanbieter wie auch die Leistungsnehmer. Ziel muß sein, durch mehr marktwirtschaftliche Elemente eine Entbürokratisierung unseres Gesundheitssystems zu erreichen. Durch mehr marktwirtschaftliche Elemente muß die Qualität von Gesundheitsversorgung und Prävention optimiert werden.

Aus einer Gesundheitsberichterstattung auf Bundesebene heraus sollen Grundsätze der präventiven, ambulanten und stationären Versorgung entwickelt werden. Diese sind auf Bundesebene als Rahmenplan darzustellen und sind Grundsätze zum Aufbau eines den regionalspezifischen Bedürfnissen entsprechenden Gesundheitswesens. Gesundheitsverantwortung und Finanzverantwortung werden dezentral strukturiert und verantwortet.

Die "Gesundheitskonferenz" der Region ist Planungs-, Leistungs- und Finanzierungsagentur des Gesundheitswesens der Region. So wie sich die Menschen in der Region über die Entwicklung und das Betreiben von Erziehungsagenturen, wie Schulen, Kindergärten etc. ihren Bedarf und die sachliche und finanzielle Ausstattung verständigen, soll dies auch zukünftig mit der Gesundheitsversorgung geschehen!

Im Klartext: Das, was die Region wünscht, soll sie selbst bezahlen! Beispiel Großgeräteplanung.

Der Auftrag zur Sicherstellung der gesundheitlichen Versorgung muß zur gemeinsamen Angelegenheit der Selbstverwaltung der Betroffenen werden. Dazu zählen hauptsächlich

- die Krankenkassen als Verantwortliche für die Patienten und deren Finanzen,
- die Gebietskörperschaften als die in der Region politisch Verantwortlichen,
- die Leistungserbringer als Verantwortliche für die Durchführung der Leistungen.

Krankenkassen, Gebietskörperschaften und Leistungserbringer bilden gemeinsam eine drittelbeteiligt zusammengesetzte regionale Gesundheitskonferenz, die mit allen anderen im Gesundheitswesen tätigen Gruppen - auch der Selbsthilfe - zusammenarbeitet.

Im Klartext bedeutet dieses Konzept eine Aufhebung des Sicherstellungsauftrages der kassenärztlichen Bundesvereinigung sowie der Planungshoheit der Länder für den Krankenhausbereich und des Bundesgesetzgebers für die filigrane Ausgestaltung des Gesundheitswesens.

Mängel in der ambulanten Versorgung

Stichwort: Ärzteschwämme

Bisher gibt es keinen plausiblen Ansatz von Landesfunktionären oder Kassenorganisationen zur Begrenzung der Zulassung von Ärzten für die ambulante Versorgung.

Wir wissen aus Erfahrung, daß beispielsweise im grenznahen Raum aus Frankreich und Holland eine Niederlassung bereits erfolgt. Im Zuge der Harmonisierung des Europäischen Binnenmarktes wird die Niederlassungsfreiheit den Druck auf unser Gesundheitswesen sicherlich noch verstärken.

Auch vor diesem Hintergrund schlägt die SPD vor, daß sich die Krankenkassen, denen die Erfüllung der Bedarfsplanung von der regionalen Gesundheitskonferenz aufgegeben worden ist, aus dem regionalen Gesamtangebot des ambulanten Bereichs den Teil sichern, der für die ambulante Versorgung notwendig ist, wobei therapeutische Gesichtspunkte oder Berücksichtigung des hohen wissenschaftlichen Fortschritts eine wichtige Rolle spielen.

Dies bedeutet, daß die automatische Zulassung von Ärzten für eine Tätigkeit zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung nicht mehr gegeben ist.

Ebenso wie es Pädagogen zugemutet werden kann, andere Tätigkeiten als den erlernten Wunschberuf auszuüben, müssen sich auch angehende Ärzte darauf einstellen, daß der Arbeitsmarkt ihnen Flexibilität abverlangt.

Bedarf für ärztliche Tätigkeit besteht beispielsweise auch in vermeintlich weniger attraktiven Bereichen wie in

- der Arbeitsmedizin
- der psychiatrischen Versorgung
- der Vermittlung von Kenntnissen in gesundheitlicher Lebensführung

- der Umweltmedizin usw.

Wer dieses Modell einer regionalen Verantwortungszuweisung und des Aushandelns von Geben und Nehmen nicht will, muß deutlich machen, wie sonst eine qualitativ hochwertige und auch bezahlbare medizinische Versorgung gewährleistet werden soll. Ein vernünftigeres Modell als das der SPD sehe ich zur Zeit nicht. Es sei denn, man will weiterhin ein Mehr an Bürokratie.

Es ist für mich ein unhaltbarer Zustand, daß die Weiterentwicklung des Leistungsrechtes sich mehr und mehr auf soziale Gerichte verlagert und der betroffene Mensch mehr und mehr aus seiner Verantwortung entlassen wird.

Durch ein Mehr an Bürokratie, durch ein Mehr Selbstbeteiligung und durch mehr Kostendämpfungsmaßnahmen kann unsere soziale Sicherung nicht gesteuert werden. Eine effiziente Steuerung unseres Gesundheitswesens verlangt zwangsläufig eine dezentrale Bedarfsplanung in der Region auf der Basis des Einkaufsmodells.

Erfordernisse der stationären Versorgung

Auch hier gilt das Einkaufsmodell. Es wird der Bettenbedarf eingekauft, der notwendig ist. Dieses legt die Region fest! Des weiteren geht es darum, durch degressive Pflegesätze, gestufte Pflegesätze oder diagnoseabhängigen Fallpauschalen den Krankenhausbetrieb wirtschaftlicher zu gestalten. Hier bedarf es der Erprobung. Ferner sprechen wir uns für eine monistische Krankenhausfinanzierung aus.

Zum anderen brauchen wir über den Weg des Einkaufsmodells eine Umwandlung von Krankenhausbetten in Pflegebetten. Die von der SPD vorgeschlagene Pflegeversicherung unter dem Dach der Gesetzlichen Krankenversicherung wird einen wesentlichen Beitrag dazu leisten, den mit einem Drittel hohen Anteil der stationären Versorgung an den Ausgaben der Gesetzlichen Krankenversicherung zu senken. Auch hier im Klartext: Die Hoheit der Länder wird hier aufgehoben.

Die Neubestimmung von ambulanter und stationärer Versorgung

Eine der spannendsten Fragen ist zur Zeit die, ob die Ärzteschaft einen innovativen Beitrag zur Verzahnung von stationärer und ambulanter Versorgung leisten will.

Die niedergelassenen deutschen Ärzte täten gut daran, nach neuen kooperativen Formen von ambulanter und stationärer Versorgung zu suchen. Dies auch unter Rationalisierungsgesichtspunkten.

Die gemeinsame Selbstverwaltung muß auch einen Beitrag dazu leisten, daß nicht im Zuge kapitalistischer Verstaatlichung Praxiskliniken gebaut werden, bei denen sachfremde Renditegedanken das ärztliche Handeln bestimmen. Hier sind die Funktionäre der Landesorganisationen aufgefordert, innovativ zu denken und ihre Schulaufgaben zu machen. Diese dritte Form der Versorgung läßt sich nicht qua Gesetz aufhalten.

Bereinigung des Arzneimittelmarktes

Die regionale Organisation des Gesundheitswesens sollte nach unserer Auffassung nicht für die Arzneimittelversorgung gelten. Die Frage der Verordnungsfähigkeit von Arzneimitteln muß aus Gründen der Arzneimittelsicherheit vielmehr auf Bundesebene festgelegt werden. Hierzu sollen Kassenärzte, Apotheker und Krankenkassen ein gemeinsames Arzneimittel-Institut für die Arzneimittelversorgung gründen, das das Gesamtangebot an Arzneimitteln im Hinblick auf

die Eignung der einzelnen Präparate für die kassenärztliche Verordnung bewertet. Über die in diesem Vorschlag aufgeführten Präparate führen die Krankenkassen Preisverhandlungen mit den pharmazeutischen Herstellern. Präparate, über deren Preis Einvernehmen erzielt wurde, werden in eine Positiv-Liste verordnungsfähiger Arzneimittel aufgenommen. Ich weise darauf hin, daß Länder wie die Schweiz und England mit der Positiv-Liste, die therapeutisch-sinnvolle und wirtschaftliche Arzneimittel festschreibt, gute Erfahrungen gemacht haben. Wer darüber hinaus mehr will, soll das selbst bezahlen! Hier greift dann unser Verständnis für Selbstbeteiligung.

Die Organisation der Gesetzlichen Krankenversicherung

Bezeichnend für die derzeitige Diskussion um die Organisationsreform der Gesetzlichen Krankenversicherung ist ein interessantes Nullsummenspiel: Egal, mit wem man redet, sämtliche Vorschläge gehen immer zu Lasten der anderen. Es spielt jeder gegen jeden aus, auch innerhalb der Parteien.

Die SPD fordert einen kasseninternen bundesweiten Ausgleich unter den Kassen, der eine Vereinheitlichung der Beitragssätze innerhalb der jeweiligen Kassenart und eine Angleichung der Beitragssätze zwischen den Kassenarten bewirken soll.

Gebunden ist dieser bundesweite Ausgleich an einen Kontraktionszwang, um Risikoselektion zu vermindern, die Versicherten bleiben drei Jahre in der gewählten Kasse. Die Mitglieder werden mit ihrer Wahl die Kasse ihres Vertrauens bestimmen. Damit wird tatsächlicher Wettbewerb zwischen den Kassen zu gleichen Bedingungen erreicht. Bildlich: Es findet eine Abstimmung mit den Füßen statt. Die Kassenlandschaft wird sich neu strukturieren.

Alle anderen Modelle zur Reform setzen nicht auf den mündigen Bürger, der über seine Kasenzugehörigkeit selbst bestimmt, sondern auf eine Ausdifferenzierung der Kassenbürokratie. Hier sei daran erinnert, daß man sich nicht einmal über die Aufhebung des Status Arbeiter/Angestellter verständigen will oder kann. Nur die Freie Wahl der Kasse wird der Mündigkeit der Versicherten gerecht. Alle Krankenkassen müssen gleichberechtigt werden. Für sie gilt ein gleiches Beitrags-, Leistungs-, Mitgliedschafts- und Vertrauensrecht. Ziel muß sein, die Organisation der Selbstverwaltung durch neue Rechte zu stärken. Dazu gehört auch die Wählbarkeit von Kassengeschäftsführern mit dem Ziel, Leistungsmotivation zu fördern.

Am Ende des 20. Jahrhunderts - und hierauf hat Richard von Weizsäcker zu Recht hingewiesen - haben wir nicht länger einen zunehmenden Regelungsbedarf der Bürokratie zu befriedigen. Vielmehr müssen wir im Rahmen eines freiheitlichen Gesundheitswesens dem Bürger Entscheidungsfornen eröffnen, die ihm Perspektiven vermitteln. Und dies auch, wenn dem Bürger diese Perspektiven zunächst wie Utopien anmuten mögen.

Nur so kann vermieden werden, daß der Obrigkeitsstaat im Gesundheitswesen weiter Blüten treibt.

(-/1. April 1992/hgs/fr)
